

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 192

TRAITEMENT

DU

PROLAPSUS chez les FEMMES AGÉES

par le procédé de Le FORT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 18 Décembre 1923

PAR

Vitomir GOVEDAROVITCH

*Assistant de la Clinique Gynécologique
de la Faculté de Médecine de Lyon*

né à RAKINATZ (Serbie) le 22 Mai 1895



LYON

Imprimerie BOSC FRÈRES & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1923

TRAITEMENT DU PROLAPSUS
CHEZ LES FEMMES AGÉES
PAR LE FORT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 192

TRAITEMENT
DU
PROLAPSUS chez les FEMMES AGÉES
par Le FORT

THÈSE
POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
SECTION de MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 18 Décembre 1923

PAR

Vitomir GOVEDAROVITCH

*Assistant de la Clinique Gynécologique
de la Faculté de Médecine de Lyon*

né à RAKINATZ (Serbie) le 22 Mai 1895



LYON
Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42
Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POLLOSSON (M.)
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	VILLARD.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM. NOGIER.	MM. COTTE.	MM. CORDIER (V.).	MM. MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VILLARD, président; COTTE, assesseur;
BONNET et A. CHALIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En humble témoignage de ma profonde
affection et de toute ma reconnaissance.

A LA PIEUSE MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Mort pour la Serbie

A MA FIANCÉE

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. VILLARD

Professeur à la Faculté de Médecine

Chirurgien de la Charité

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. COTTE

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

Après avoir passé quatre années en France et y avoir fini mes études, je suis heureux de venir ici adresser à tous mes Professeurs et Maîtres des Hôpitaux, mes profonds remerciements pour leur bienveillance à mon égard et leur assurer que les années passées auprès d'eux seront parmi les meilleures de mon existence.

Tout d'abord, ma reconnaissance va à Monsieur le Professeur Villard, qui a bien voulu me faire l'honneur de présider ma thèse et dont j'ai suivi les leçons avec un vif intérêt.

Tout particulièrement je remercie Monsieur le Professeur agrégé Cotte, qui a bien voulu me permettre de rester à ses côtés pendant 1 an 1/2, et dont les enseignements clairs et précis m'ont permis de préparer cette thèse. Ma reconnaissance lui est doublement acquise, car non seulement en France j'ai profité de ses bienveillants conseils, mais encore en Serbie pendant la grande guerre, il a soigné nos soldats avec un zèle et un dévouement qui ne se sont jamais démentis.

Que Monsieur le Professeur Roque et Monsieur le Professeur agrégé Cordier trouvent ici l'expression de ma profonde gratitude, car je n'oublierai jamais le dévouement avec lequel ils m'ont soigné au cours d'une grave maladie à mon arrivée en France.

Je remercie encore MM. Pellanda, Quincieux et Mazet, qui ont toujours été pour moi des Maîtres bienveillants et dont les précieux conseils m'ont été et me seront encore si souvent utiles.

Je suis aussi très reconnaissant à Monsieur J. Martin, ancien chef de la Clinique Médicale, qui fut un ami plus qu'un Maître.

Je prie enfin mon camarade et ami Creyssel d'accepter ici mes sincères remerciements pour son aide obligeante et son bon accueil.

TRAITEMENT DU PROLAPSUS
CHEZ LES FEMMES AGÉES
PAR LE FORT

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Pour la première fois, le 17 février 1877, M. le Professeur Léon Le Fort présenta à la *Société de Chirurgie de Paris* un nouveau procédé pour la guérison du prolapsus utérin, procédé qui, depuis, porte son nom.

Mais, d'après MM. Cotte et Creyssel (*Journal de Chirurgie*, 2 août 1922), l'opération dite de Le Fort avait été déjà pratiquée bien avant lui par un médecin français de Metz, Romain Gerardin, en 1823, et fut reprise en Pologne par Neugebauer sur 11 malades avec 10 succès complets. Il nous semble que M. Le Fort ne connaissait pas le travail de ses prédécesseurs : se trouvant en présence d'une malade atteinte de prolapsus, et n'ayant aucun moyen efficace pour la guérir, il pratiqua l'opération en se fondant sur la théorie suivante :

« Dans le prolapsus, l'utérus ne sort pas le premier de la vulve, entraînant avec lui la paroi antérieure et la paroi postérieure du vagin. En général ce qu'on remarque d'abord, c'est une cystocèle, c'est l'issue en dehors de la vulve de la paroi antérieure du vagin, issue de plus en plus notable, et c'est comme entraîné par le prolapsus de la cloison vésico-vaginale, que l'utérus finit par arriver à la vulve et hors de la vulve. Ce qui sort d'abord, c'est la partie de la muqueuse vaginale la plus rapprochée de la vulve, le reste suit comme par une sorte de déplissement.

Le même effet se produit sur la paroi postérieure de telle façon que, au fur et à mesure que l'utérus descend, les parties de la paroi antérieure et de la paroi postérieure du vagin en contact immédiat, ou du moins en rapport, lorsque le vagin est à l'état normal, s'écartent de plus en plus l'une de l'autre pour laisser passer les parties les plus profondes du vagin et enfin de l'utérus. Les retenir en rapport, les empêcher de s'écarter pour se porter l'une avant l'autre en arrière, c'est s'opposer à tout prolapsus.

Ce que j'ai donc cherché, c'est à rendre ce contact permanent, intime, en avivant au même niveau les parois antérieure et postérieure du vagin et en les réunissant par la suture. L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, je fis d'abord sur la paroi antérieure, puis sur la paroi postérieure du vagin, deux avivements de 6 centimètres environ de longueur sur 2 de large, portant sur la partie la plus rapprochée de la vulve, et j'appliquai sur le bord transversal 3 points de suture; puis, de proche en proche, et réduisant au

fur et à mesure l'utérus, je suturai les bords latéraux correspondants, passant le fil de la plaie faite à la paroi vésico-vaginale à la plaie faite à la paroi recto-vaginale. La réduction de l'utérus devenait ainsi de plus en plus complète et quand les deux bords des deux surfaces avivées furent suturées, la réduction était complète. »

Dans la même séance, M. Le Fort fit connaître à la *Société de Chirurgie* l'opération qu'il avait imaginée et le succès qu'il avait obtenu sur une malade opérée par le nouveau procédé de cloisonnement. Celle-ci, débarrassée de son prolapsus, pouvait pratiquer le coït et, en cas de grossesse, il lui suffirait de pratiquer la section de la cloison artificielle pour faciliter l'accouchement.

En peu de temps, un certain nombre de chirurgiens contemporains, comme Panas, Zancarol, d'Alexandrie, Duplay et Hicquet, de Liège, communiquèrent des observations faites avec la même méthode et toujours avec succès.

Dans la séance du 1^{er} juin 1881, nous voyons que M. le Professeur Eustache lisait un mémoire sur l'opération de Le Fort et apportait quelques observations personnelles où il relate ses succès et ses insuccès. En parlant de cette opération, il reconnaît que la méthode est bonne, mais à condition que l'avivement soit porté au moins à 4 cent. en largeur au lieu de 2 comme le pensait Le Fort: « Les avantages d'un large avivement sont incontestables. Les surfaces adossées sont plus étendues, les parties embrassées par les fils de suture sont plus épaisses et risquent

moins d'être étranglées, elles offrent aussi plus de résistance aux secousses de toux ou de vomissement, qui manquent rarement après une pareille opération, surtout si l'on a recours à l'administration du chloroforme. Enfin quand l'adhésion a eu lieu, les deux vagins latéraux sont plus retrécis et surtout la cloison médiane est plus épaisse et plus résistante, phénomène essentiel dans tous les cas. La cloison médiane forme un véritable mur de séparation entre les deux vagins, un véritable pilier de soutien sur le chapiteau duquel l'utérus repose sans être déprimé. »

Dans toutes les opérations faites jusque-là, les sutures avaient été faites avec des fils d'argent, mais M. Eustache ayant trouvé à cette méthode beaucoup d'inconvénients dont les principaux sont l'extraction difficile des fils d'argent, l'inflammation du vagin par le séjour prolongé de ces fils qui provoque « des sécrétions âcres et irritantes et empêchent l'adhésion cicatricielle », proposa de les remplacer par des fils de catgut. Au mois d'octobre 1880, l'occasion s'étant présentée pour lui de refaire l'opération de Le Fort, il la fit, avec ces modifications : élargissement notable des surfaces d'ayivement et suture au catgut. Toutes les interventions ainsi pratiquées donnèrent d'excellents résultats.

En 1883, M. Brunet choisit pour sujet de sa thèse : *Le traitement du prolapsus de l'utérus par le cloisonnement du vagin*, et il apportait, en faveur de cette opération, deux observations inédites. Puis, nous trouvons la thèse de Seguinard, 1886-1887, de Bordeaux, faite sous l'inspiration de M. le Professeur

Lannelongue, qui expose aussi les avantages et les inconvénients de la même opération, suivant le procédé d'Eustache, mais avec une légère modification portant sur la surface d'avivement.

En dépit des communications de L. Le Fort et de ses collaborateurs, un certain nombre de chirurgiens contemporains restèrent convaincus que l'opération était inefficace, car, disent-ils, on ne peut pas juger du bon résultat d'une telle intervention dans un court espace de temps ; il est à prévoir, en effet, qu'à la longue il se produira un prolapsus latéral.

Au même moment, un des élèves de M. Le Fort, M. André, faisait, dans sa thèse inaugurale, une revue générale de la question. Sur 40 observations, il publiait 35 succès et 5 échecs. Dans ce travail, ont été comprises 12 observations du Professeur Duplay, comportant d'ailleurs une légère modification opératoire. Tout d'abord, M. le Professeur Duplay avivait sur une plus large surface que ne le fait le Professeur Le Fort ; en outre, l'avivement de la paroi postérieure du périnée intéressait aussi environ le tiers postérieur des grandes lèvres. Il suturait et complétait ainsi l'opération de Le Fort par une colpo-périnéoraphie.

Or, l'opération de Le Fort ayant surtout pour but de permettre le coït, la conception, et même l'accouchement ne saurait plus être comparée à l'opération modifiée par Duplay ; celle-ci condamnait en effet les femmes à une continence forcée, par impossibilité du coït ; elle relevait plus du colpo-cléisis que du cloisonnement.

En 1887, M. Chavannaz, de Bordeaux, communiquait l'observation de deux malades, la première de 70 ans, la deuxième de 65 ans, opérées par cloisonnement du vagin modifié et élargi avec réfection de la fourchette, à la manière du Professeur Duplay.

A l'étranger, le cloisonnement a eu des succès analogues. En Amérique, Fanny Berlin, frappé de l'insuffisance des méthodes chirurgicales, voulut tenter l'opération de Le Fort : il obtint trois succès. Charles Le Taft, en 1889, publia, dans *The International Journal of medical Sciences*, un travail très documenté sur le cloisonnement du vagin que, contrairement à tous les auteurs précédemment cités, il réservait aux femmes ayant passé la ménopause. Ses conclusions s'appuyaient sur les travaux de nombreux auteurs, entre autres : Gaillard Thomas, Winckel, Anna Broomel, Mary Schmitt, Elisa Cushes et Mary Allen. De même, en Allemagne, en Autriche, en Russie, Neugebauer trouvait de nombreux imitateurs. A Saint-Petersbourg, à la Clinique du Professeur Slavjansky, de 1881 à 1884, 14 malades étaient opérées suivant sa technique. Parmi les résultats exposés par Sokolof, dans les *Annales de Gynécologie* (10 succès après une seule intervention, 4 succès après une réintervention), nous relevons le cas curieux d'une femme qui accoucha sept mois après l'opération, sans incident, par simple section de la cloison médiane et dont le prolapsus ne récidiva pas après l'accouchement.

Après cette première période l'opération de Le Fort tomba plus ou moins dans l'oubli. Au *Congrès français de Chirurgie* (1896), dans les rapports ou communications nombreuses concernant le *traitement*

des prolapsus génitaux, il n'est pas mentionné de cloisonnement du vagin, ou bien on n'en parle que pour le condamner. Routier, ancien chef de clinique de Le Fort, et Richelot, l'ont tous deux abandonné. Il ne peut réussir, dit Richelot, qu'à condition d'aviver de larges surfaces et d'oblitérer le vagin ; il ne mérite pas, même à ce prix, beaucoup de confiance.

Malgré ce silence voulu, malgré les critiques éminentes du propre élève de M. L. Le Fort, un certain nombre de chirurgiens n'en ont pas moins continué à pratiquer cette intervention et à la perfectionner.

M. le Professeur J.-L. Faure écrit que dans le prolapsus complet, cette méthode donne des résultats le plus souvent supérieurs à des périnéoraphies communes. M. le Professeur Lannelongue préconise le cloisonnement avec un avivement plus étendu ; Dubourg, Chavannaz et plusieurs autres chirurgiens obtiennent du cloisonnement de tels succès qu'ils prennent l'habitude de le considérer comme l'opération de choix chez les vieilles femmes.

Le Professeur Harteman obtient des succès à peu près constants à l'aide d'une technique sensiblement analogue.

En 1921, à Lyon, M. le Professeur agrégé Cotte (à la Clinique gynécologique du Professeur Pollosson) a eu l'idée de pratiquer le cloisonnement sur une malade âgée de 65 ans, présentant un prolapsus complet avec ulcérations trophiques du col (la malade avait déjà été opérée à Saint-Pothin, il y a 13 ans, pour son prolapsus, mais on n'a pas pu avoir des détails sur le procédé employé), et depuis, il est intervenu chez

19 malades, sur lesquelles il a pratiqué l'opération de Le Fort, modifiée, en complétant l'intervention par quelques points de suture sur le périnée postérieur.

Grâce à l'extrême bienveillance de M. le Professeur Cotte, qui a bien voulu nous admettre à suivre régulièrement son service, nous avons pu depuis plus d'un an et demi, assister à ses opérations et en constater les résultats.

Et c'est ce qui nous a engagé à étudier ici les avantages de l'opération de Le Fort, sa technique et ses indications.

CHAPITRE II

Technique opératoire. Soins pré-opératoires.

L'opération d'un prolapsus ancien, même par le simple cloisonnement vaginal, n'est pas exempte de tout danger ; aussi, ne faut-il rien négliger pour en assurer le succès. En principe, nous avons affaire à des malades dont l'utérus est souvent, depuis longtemps hors de la vulve ; le col épaissi est couvert d'ulcérations. Le port prolongé d'un pessaire peut, d'autre part, avoir déterminé une suppuration vaginale qu'il faut tarir avant d'intervenir. Assurer par des injections antiseptiques la désinfection du vagin ; maintenir, si possible, le prolapsus réduit en bourrant la cavité vaginale de gaze à l'ichtyol ou au thigénol et en laissant la malade au lit : ce sont des précautions sur lesquelles il est inutile d'insister davantage.

Du côté de l'état général, par un examen minutieux, on cherchera s'il n'y a pas de contre-indication à l'intervention (bacillose sénile en évolution, diabète,

troubles mentaux, etc.). De même, on s'assurera que, du côté de l'appareil génital, l'utérus et annexe, il n'y a aucune lésion qui s'oppose à l'opération.

Celle-ci étant décidée, la malade ayant été purgée la veille, la vulve sera lavée et nettoyée, et la vessie évacuée. Avant de prendre le bistouri, lorsque l'anesthésie sera obtenue, le vagin sera soigneusement lavé à l'éther et le col touché à la teinture d'iode.

ANESTHÉSIE. — L'anesthésie locale pourrait trouver là des conditions avantageuses d'applications ; Chifoliau y a eu recours avec succès ; mais nous ne l'avons cependant jamais employée, et, chez toutes nos malades, c'est à la rachi-anesthésie basse que nous avons eu recours. Au préalable, nous injectons toujours, sous la peau, 0,50 centigrammes de caféïne et 1 centimètre cube de strychnal.

Pendant la durée de l'intervention, nous faisons une injection lente de 200 à 250 centimètres cubes de sérum artificiel, sous la peau, ce qui nous a paru, dans une certaine mesure, diminuer les malaises inhérents à l'anesthésie rachidienne.

OPÉRATION. — Elle est d'exécution plus ou moins facile, suivant que l'utérus se laisse complètement attirer au dehors et que le vagin est complètement déplissé, ou, au contraire, que l'utérus ne se laisse pas complètement abaisser. Elle comprend deux temps successifs : l'avivement et la suture.

a) *Avivement*. — Avivement rectangulaire, aussi étendu que possible en longueur et en largeur, sur les

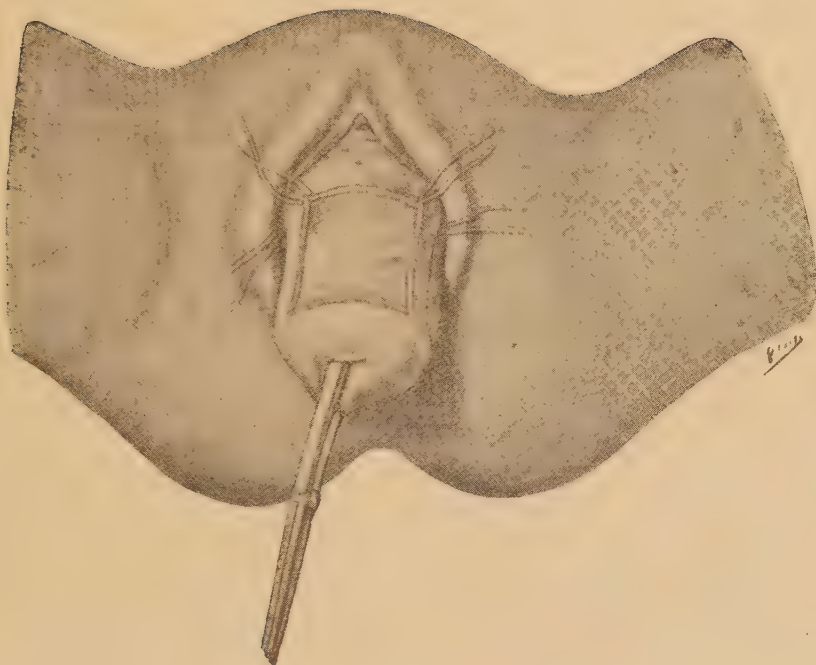


Fig. 1. — Avivement des parois, antérieure et postérieure, du vagin sur la plus grande partie de leur hauteur. Quatre fils de repérage marquent les angles supérieurs de la surface d'avivement en avant et en arrière.

deux parois antérieure et postérieure du vagin : c'est le point capital pour assurer le succès. Il ne s'agit plus ici, comme dans l'opération de Le Fort type, de laisser un vagin pour le coït ou de rechercher seulement la formation d'une bride qu'on sectionne au cours de l'accouchement. Il faut une soudure aussi complète que possible des deux parois, ne laissant que deux petites gouttières latérales pour l'écoulement des sécrétions vaginales.

Pour cela, nous avivons habituellement la paroi vaginale antérieure sur toute son étendue, en ne laissant qu'une bande de muqueuse d'un centimètre environ au-dessous du méat et au-dessus du col. En arrière, la surface avivée a les mêmes dimensions. De chaque côté, entre ces deux surfaces, il ne reste guère qu'un centimètre de muqueuse.

Pour faire cet avivement, tantôt nous limitons d'abord au bistouri les bords du rectangle muqueux que nous voulons supprimer ; le plus souvent, nous faisons une grande incision médiane avec deux fentes transversales à la partie supérieure et à la partie inférieure de l'incision et nous disséquons successivement ces deux lambeaux en poursuivant cette dissection aussi loin que possible sur les côtés. Nous n'avons⁹ jamais eu à faire à de l'hémostase dans cette dissection. La seule difficulté est dans l'avivement de la paroi postérieure. Dans deux ou trois cas, du fait des cicatrices dues au port prolongé d'un pessaire, l'utérus ne se laissait pas amener au dehors et la muqueuse était difficile à cliver. Dans un cas même, le cul-de-sac de Douglas fut ouvert au cours de

ces manœuvres, puis suturé et refoulé sans autre inconvénient.

L'avivement terminé, avant de commencer les sutures, nous avons l'habitude de repérer, soit par une pince de Chaput, soit par une anse de catgut, les deux angles inférieurs, antérieur et postérieur, qui doivent se trouver au contact les uns des autres, à la fin de l'intervention. Ces deux fils servent de guide au cours de la suture, qui constitue le deuxième temps de l'opération.

b) *Suture.* — Comme matériel, nous nous servons soit d'une aiguille de Reverdin courbe, soit d'une aiguille à main et de catgut chromé n° 1. Après nous être contenté de suturer respectivement l'un à l'autre les quatre bords de nos surfaces d'avivement, nous faisons maintenant une série de cinq à six surjets successifs, qui ont l'avantage d'assurer un contact meilleur des deux zones avivées, de faire l'hémostase dans les cas où il y a un peu de suintement sanguin et d'assurer ainsi une cicatrisation plus rapide. L'utérus étant toujours attiré au dehors de la vulve, nous faisons un premier surjet qui unit par-dessus le col le bord inférieur de nos deux surfaces d'avivement, antérieure et postérieure : il reste ainsi au contact même de l'utérus, un petit canal transversal qui se continuera, une fois l'opération terminée, avec les deux petits conduits vaginaux qui viendront s'ouvrir encore à la vulve. Ceci fait, à un centimètre environ du premier surjet, nous faisons un deuxième surjet qui enfouit le précédent et qui s'étend transver-

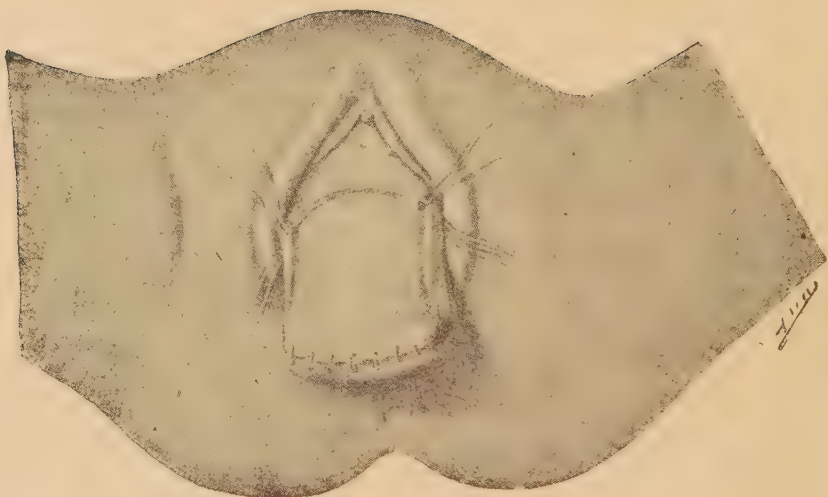


Fig. 2. — Un premier surjet enfouit le col en réunissant l'un à l'autre ce qui reste de muqueuse vaginale. On détermine ainsi un petit conduit muqueux qui aboutit de chaque côté à une gouttière vaginale laquelle va peu à peu se constituer au fur et à mesure de l'enfouissement de l'utérus.

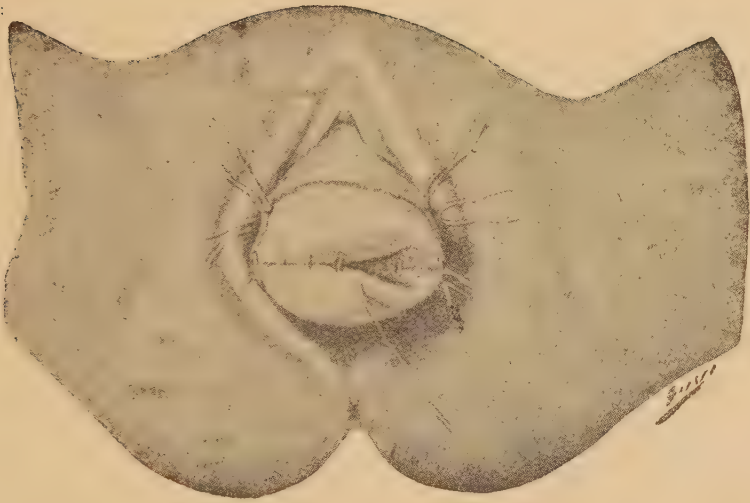


Fig. 3. — Sur toute la hauteur des surfaces avivées, des surjets successifs adossent l'une à l'autre les parois antérieure et postérieure du vagin.

salement de droite à gauche, en unissant l'une à l'autre les deux portions du vagin dépouillées de leur muqueuse.

Un troisième, un quatrième, un cinquième surjet, un sixième, si cela est utile, sont ainsi exécutés, chacun enfouissant le précédent et contribuant ainsi à faire réintégrer son domicile à l'utérus prolabé. Et, de cette façon, on arrive à la vulve où, par un dernier surjet, on unit le bord de la muqueuse qu'on a laissé sans l'utiliser au bord de la muqueuse commissurale. Le cloisonnement est terminé.

c) *Périnéorraphie*. — Dans nos premières interventions, nous avons borné là notre opération et, bien que nous n'ayons pas eu de récédive, il nous a semblé préférable de corriger en même temps la béance de la vulve et de compléter l'intervention par une périnéorraphie. Pour cela, par une incision commissurale complémentaire, on charge, avec l'aiguille, ce qui reste de muscles releveurs. On les adosse l'un à l'autre avec deux ou trois points de suture au catgut chromé. A ce moment, le cloisonnement, qui paraissait descendu jusqu'à la vulve, se trouve généralement reporté à 2 ou 3 centimètres de profondeur dans le vagin. Pour parfaire le résultat, il ne reste qu'à sectionner la muqueuse exubérante et à restaurer la commissure.

L'opération est terminée ; elle ne dure guère plus d'une demi-heure.



Fig. 4. — L'opération est terminée. Après une périnéorrhaphie complémentaire, le cloisonnement se trouve reporté à l'intérieur du conduit vaginal. Sur le côté gauche de celui-ci, on voit la lumière de l'une des deux petites gouttières vaginales créées par le cloisonnement.

SOINS POST-OPÉRATOIRES. — Au début, nous laissons une sonde à demeure ; mais, actuellement, il nous paraît préférable de ne pas en mettre : on évite plus sûrement les infections vésicales. Localement, simples toilettes vulvaires. Habituellement, les suites sont simples, apyrétiques. Les malades se lèvent le quinzième jour. Dans un cas, où il y avait un peu de spacie de la plaie, nous avons eu recours immédiatement au sérum antigangréneux ; les suites ont été excessivement simples.

— — — — —

CHAPITRE III

Résultats.

A) Résultats immédiats.

Dans les 19 cas dont nous avons été le témoin, à la Clinique gynécologique, les résultats immédiats ont été parfaits, même chez les malades les plus âgées, chez lesquelles *a priori* on aurait pu redouter, avec quelques raisons, des complications diverses.

B) Résultats éloignés.

Sur 19 cas opérés depuis 30 mois par M. le Professeur agrégé Cotte, nous avons pu retrouver 17 malades, qui ont été suivies par nous jusqu'à cette dernière semaine. Toutes se trouvent très bien de l'intervention ; quelques-unes, vu leur grand âge, ont un état général qui laisse à désirer, mais qui n'a rien à voir avec l'opération du prolapsus.

Malgré nos recherches, les deux dernières restent introuvables, aussi ne pouvons-nous pas savoir les résultats de l'intervention.

Comme on le voit, étant donné l'âge des malades, la plus jeune ayant 60 ans, et la plus âgée 77 ans, les résultats obtenus par l'intervention sont excellents et l'on ne peut pas demander mieux.

Dans la littérature médicale d'il y a 20 ou 30 ans, nous trouvons 40 observations de la thèse d'André, et on voit que les résultats de l'opération de Le Fort ont toujours été bons, bien qu'on l'employât sur toutes les femmes, sans distinction d'âge, la plupart étant même jeunes ; tandis qu'à présent nous ne la faisons que sur des malades ayant dépassé la soixantaine. Dans ces dernières années, la question a été reprise et beaucoup de chirurgiens ont pratiqué l'opération de Le Fort élargie, rien que chez les vieilles femmes, se déclarant tous satisfaits des résultats obtenus.

En 1919, Chavanaz dit l'avoir pratiquée une dizaine de fois, toujours avec résultats éloignés satisfaisants. Donay publie 4 succès sur 4 opérées. Cette année même, MM. Combier et Murard, à la *Société de Chirurgie à Paris* disent qu'ils ont obtenus 8 succès sur 8 opérations dont deux datent de plus de 10 ans.

Au dernier *Congrès de Chirurgie*, nous relevons les faits suivants : M. Guerneux sur deux interventions a deux résultats excellents. M. G. Léo (de Bruxelles) a fait huit opérations de Le Fort élargi, dont la première fut faite par l'auteur, en 1910. Les résultats ont été constamment bons, sauf deux cas de suture isolée

des releveurs suivis d'une très large insuffisance périméale. M. Leclerc (de Dijon) a fait Le Fort élargi douze fois, avec dix succès. M. Le Mayer (de Bruxelles) a fait trois fois la même opération avec succès. M. J. Vanverts (de Lille), à la colpectomie totale préfère le cloisonnement élargi du vagin, qui a donné à l'auteur deux succès. M. Gourdet (de Nantes), dans quelques cas, a fait le Le Fort, qui lui a donné toute satisfaction. M. Duvergey (de Bordeaux) déclare que le cloisonnement du vagin lui a donné, dans deux cas, de bons résultats. Enfin, à la clinique de M. Pollosson, MM. Pellanda et Mazet ont obtenu également des résultats satisfaisants. A l'étranger, M. Wiatt, en 1912, cite cinq cas opérés et restés guéris depuis cinq à onze ans. M. Krull, sur 36 opérées, en a retrouvé 10 qui étaient complètement guéries de leur prolapsus et de leurs malaises.

CHAPITRE IV

Indications opératoires.

Le cloisonnement élargi du vagin ne doit être réservé qu'aux femmes âgées, qui ont dépassé la soixantaine et qui acceptent la suppression fonctionnelle du vagin. Dans quelle condition faut-il y avoir recours ?

D'une façon générale, nous estimons que, étant donné le peu de gravité de l'opération, elle a lieu d'une façon systématique, excepté s'il n'y a pas de contre-indication venant de l'état général, comme bacillose sénile en évolution, diabète, troubles mentaux, etc. En effet, il n'est pas douteux que le prolapsus utéro-vaginal, lorsqu'il est arrivé à son dernier degré, constitue une infirmité pénible qui, non seulement empêche les femmes de gagner leur vie mais qui souvent les expose à des accidents infectieux secondaires (ulcération du col, métrite, cystite), et nécessite leur admission dans l'hospice des incurables.

Même lorsque le prolapsus sera maintenu par un pessaire, il n'est pas douteux que celui-ci constitue un traitement souvent trompeur, car, en effet, il a pour inconvénient de distendre toujours davantage les parois vaginales, déjà affaiblies, et ne s'oppose pas à la progression du prolapsus. En outre de cela,



Prolapsus d'une malade de 60 ans
traité par l'Opération de Le Fort élargie

il détermine souvent des érosions et ulcérations vaginales, car, dans beaucoup de milieux où l'hygiène la plus élémentaire est difficile à mettre en pratique, il est impossible de demander à des vieillards de prendre l'injection quotidienne. A plus forte raison, lorsque le prolapsus n'est pas retenu et qu'il faut avoir recours au pessaire à air ou hystérophore, toujours

encombrant, on peut dire que, dans tous les cas, l'existence des malades est bien changée par l'intervention et toutes se déclarent enchantées de n'avoir plus à revenir périodiquement faire changer leur pessaire et de n'être plus astreinte à des injections souvent difficiles à prendre.

Si nous condamnons donc le pessaire dans le traitement du prolapsus des femmes âgées, c'est parce que nous avons dit que le cloisonnement élargi du vagin était un moyen efficace et simple pour guérir le prolapsus. On a objecté à cette opération de supprimer presque complètement le vagin ; mais, si on a le soin de ne la pratiquer que chez les femmes qui l'acceptent, ce reproche n'est plus valable. On ne voit pas, d'ailleurs, quelle autre opération on pourrait faire pour obtenir la guérison aussi sûrement et à moins de frais.

D'une façon générale, les colporraphies antérieure et postérieure simples sont insuffisantes, et si l'on veut y joindre la fixation de l'utérus par l'abdomen, comme on le fait avant la ménopause, il n'est pas douteux que c'est une opération plus grande et plus compliquée, à laquelle beaucoup de malades, à qui M. Cotte a fait le Le Fort, n'auraient pas résisté.

Sans compter que souvent les tissus, à cet âge, ont une diminution de résistance telle que la meilleure fixation et les périnéorraphies donnent souvent bien des récidives. De même, l'opération de Wertheim Chauta ne peut, le plus souvent, trouver sa place ici, car l'utérus évolue et il est trop petit pour être ramené utilement en avant sous la vessie, et,

d'autre part, le vagin n'étant pas oblitéré, une récurrence restera toujours possible. Reste donc seulement la colpectomie totale de Muller, qui supprime également le vagin ; c'est la seule opération à mettre en parallèle avec l'opération de Le Fort. Nous ne parlons pas, en effet, de cerclage du vagin, défendu, encore récemment, par M. de Fourmestraux, qui nous paraît, neuf fois sur dix, voué à l'élimination des fils.

Entre l'opération de Muller et l'opération de Le Fort, les avis restent partagés. *Au dernier Congrès de Chirurgie*, M. Bégouin, se ralliant au point de vue exprimé par M. Cotte à la Société de Chirurgie de Paris, déclara préférer le cloisonnement à la colpectomie totale, tandis que Savariaud se déclara, au contraire, partisan de l'opération de Muller. Sans doute, entre ces deux interventions, il n'y a pas de grandes différences, ni au point de vue de leur réalisation technique, ni au point de vue de leurs résultats.

Il semble cependant que la colpectomie totale entraîne des suintements sanguins plus considérables que l'avivement même élargi de l'opération de Le Fort, qui a l'avantage de respecter les bords latéraux du vagin par où arrive le pédicule vasculaire de l'organe.

En second lieu, la cicatrisation est plus rapide après l'opération de Le Fort qu'après l'opération de Muller et nécessite un séjour au lit moins prolongé, ce qui a son importance chez la femme âgée.

Enfin, elle a l'avantage de conserver des petites rigoles latérales suffisantes pour assurer l'écoulement des sécrétions qui pourraient venir de l'utérus, au

cas où un processus pathologique se développerait à ce niveau.

De ce court parallèle entre ces deux interventions, on peut donc conclure que l'opération de Le Fort doit être préférée, dans tous les cas où il n'y a pas d'altération pathologique sur l'utérus. L'opération de Muller, au contraire, complétée par hystérectomie, sera utilisée dans les cas de prolapsus irréductible et dans ceux où il y a sur l'utérus des lésions qui nécessitent son ablation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme R..., née B..., 65 ans. Mariée à 23 ans, 6 grossesses normales, pas de fausse couche. Ménopause à 51 ans, sans accident. Il y a 13 ans, la malade a été opérée à Saint-Pothin pour un prolapsus utérin. On ignore l'intervention. La malade vient le 10 juin à la consultation et on trouve un prolapsus complet (cystocèle rectocèle) avec ulcération trophique du col. Le 16 juin 1921, elle a été opérée et le 15 juillet, elle est sortie de l'hôpital.

Le 4 mai, elle nous a écrit « qu'elle ne ressent plus aucun malaise ».

OBSERVATION II

Mme B..., née R..., 71 ans. Mariée à 26 ans, 3 grossesses normales, pas de fausse couche. Ménopause à 50 ans sans accident.

Il y a une vingtaine d'années que la malade a eu un pessaire pour un prolapsus utérin. Il y a 2-3 ans, elle a eu 2 ou 3 fois par mois des pertes rouges et des pertes blanches. Il y a un an, les pertes rouges ont cessé, mais les pertes blanches sont devenues plus abondantes, ce qui a obligé la malade à entrer à l'hôpital. Prolapsus complet (cystocèle rectocèle), avec ulcérations provenant du pessaire. Le 21 juin 1921, elle a été opérée et le 15 juillet, elle est sortie de l'hôpital.

Elle nous a écrit le 19 mai 1923 : « Je suis très satisfaite de l'opération ; je suis toujours souffrante vu mon âge, mais pas de la même maladie ».

OBSERVATION III

Mme Vve B..., née T..., 71 ans. Mariée à 18 ans, 4 grossesses, pas de fausse couche. Ménopause vers 45 ans. Au début de l'année, à la suite d'une chute (comme dit la malade), elle s'est aperçu qu'elle avait la matrice descendue. Elle vient à la Charité, où on lui met un pessaire. Elle garde ce pessaire pendant 3 mois, après quoi elle revient à la Charité avec un prolapsus total (cystocèle rectocèle). Elle a été opérée le 5 juillet et est sortie le 28 juillet 1921. Dernièrement, elle nous a écrit : « Je vais bien de l'opération et je travaille. »

OBSERVATION IV

Mme C..., née D..., 74 ans. Mariée, 3 accouchements normaux. Ménopause à 42 ans, pas d'accident. C'est en août 1921, qu'elle s'est aperçu que quelque chose apparaissait à la vulve sans douleur, mais avec des pesanteurs. Elle vient à l'hôpital pour consulter le 11 novembre, et on trouve un prolapsus total. Le 15 novembre, elle a été opérée et est sortie de l'hôpital le 3 décembre 1921.

Malade introuvable.

OBSERVATION V

Vve C..., née V..., 69 ans. Mariée, 3 accouchements. Le premier, très laborieux, avec forceps ; les autres, normaux. Il y a 4 mois que la malade souffre. A l'entrée, on constate un prolapsus total (cystocèle rectocèle). Le col utérin n'est pas hypertrophié, pas d'ulcération. Opérée le 6 décembre 1921, sortie le 3 janvier. Elle nous a écrit : « Je vais tout à fait bien ; j'ai repris mes forces et je peux faire mon travail » (21-5-1923).

OBSERVATION VI

Mme R..., née C..., 62 ans. Mariée, 6 grossesses. Au dernier accouchement, il y a 20 ans, la malade eut une déchirure du périnée. Il y a 3 mois que la malade a commencé à souffrir et à être gênée pendant la miction et défécation. A l'entrée, cystocèle volumineuse, rectocèle, col utérin mou, sans ulcération, donc prolapsus total. Opérée le 8 décembre 1921, sortie le 28 décembre.

Elle a écrit : « Je suis très contente d'avoir été remise en bonne santé », 18 mai 1923.

OBSERVATION VII

Mme B..., née D..., 66 ans. Mariée, 6 enfants, pas de fausse couche. Au premier, déchirement du périnée et 3 présentations du siège. Extraction difficile qui, au dire de la malade, aurait amené la sortie de la matrice. A la suite de cet accouchement, la malade dut toujours porter un pessaire, le prolapsus utérin se reproduisant aussitôt qu'elle le quittait. Sans pessaire, la malade ne pouvait se livrer à aucun travail pénible. En 1914, la malade fut opérée dans un des services de la Charité (périnéoraphie). Trois semaines après, la malade sort de l'hôpital avec un pessaire. Après peu de temps, toute amélioration a disparu, la malade commence à avoir des pertes blanches, puis rouges, de plus en plus abondantes. Le pessaire ne tenait plus. Elle rentre à l'hôpital, prolapsus total. Ulcérations, hypertrophie du col utérin. Opérée le 27 décembre 1921, sortie le 25 janvier.

✓ Suites opératoires : localement, un peu de sphacèle, poussées terminiques, sérum anti-gangreneux, amélioration rapide.

Malade introuvable.

OBSERVATION VIII

Mme B..., née P..., 60 ans. Mariée, 6 grossesses normales. Début du prolapsus, il y a 2 ans. A l'entrée, prolapsus (cystocèle rectocèle). Col avec ulcération. Opérée le 10 mars 1922 et sortie le 28 mars. Elle nous a écrit : « Je me porte bien ; j'ai pu reprendre mon travail habituel ». (12 mai 1923.)

OBSERVATION IX

Mme G..., née A..., 63 ans. Bonne santé générale. Il y a 12 ans qu'elle a un prolapsus total corrigé par un pessaire tenant difficilement. A l'entrée à l'hôpital, prolapsus total. Opérée le 18 mai, sortie le 10 juin. Elle a écrit : « Ne me ressens plus de l'intervention, mais l'état général laisse à désirer. »

OBSERVATION X

Mme D..., née L..., 60 ans. Mariée à 17 ans, 5 grossesses normales. Ménopause à 45 ans sans accident. Il y a 1 an qu'elle a remarqué qu'elle a un prolapsus qui a été corrigé par un pessaire mal toléré. Les derniers temps, la miction est très gênée, et la malade rentre à l'hôpital avec un prolapsus. Opérée le 28 septembre 1922 et sortie le 17 octobre. Revue 6 mois après l'intervention. Elle va bien.

OBSERVATION XI

Mme D..., née C..., 63 ans. Mariée, 8 enfants, 3 fausses couches. Ménopause à 48 ans. En 1914, la malade s'aperçoit que la matrice descend à la vulve, vient à la deuxième infirmerie, où on lui place un pessaire qu'elle garde 2 ans $\frac{1}{2}$. Elle

l'enlève, car elle ressentait quelques douleurs avec des pertes blanches. Pollakurie très marquée, à l'examen prolapsus total, cystocèle et rectocèle, opérée le 25 novembre, sortie le 8 décembre 1922. Revient en mai 1923, va bien. L'injection par l'une des rigoles latérales ressort facilement par le côté opposé.

OBSERVATION XII

Vve E..., née A..., 60 ans. Mariée à 19 ans, a eu 14 enfants. Accouchements normaux. Le dernier daté de 1904. Ménopause à 57 ans. Leucorrhée assez abondante, épaisse. La malade s'aperçoit de la descente de sa matrice, il y a 4 ans. Aucun trouble fonctionnel. En 1916, on lui place un pessaire qu'elle garde environ 18 mois. Elle reste assez longtemps sans le porter, mais la marche étant gênée, elle en met un second qu'elle garde 3 mois seulement. Pendant un jour, elle a aperçu des pertes rouges.

A l'examen, à la vulve apparaît un prolapsus total, cystocèle, rectocèle. Opérée le 13 décembre 1922, sortie le 2 janvier 1923. Revue 6 mois après, elle se déclare très satisfaite du résultat obtenu.

OBSERVATION XIII

Mme P..., 63 ans. Un accouchement à 27 ans. Réglée régulièrement jusqu'à 48 ans. Après plusieurs retard de règles de 15 à 20 jours, leucorrhée irrégulière. Il y a 3 ans au moins que la malade ressent des tiraillements dans le bas-ventre, avec irradiations lombaires, quelquefois pollakiurie assez marquée à cette époque. Il y a quatre mois que les douleurs viennent dans la fosse iliaque gauche. Pesanteurs plus marquée au bas-ventre avec pollakiurie et polyurie très marquée. A l'examen, prolapsus (cystocèle et rectocèle), le premier très marqué, le second moins. Opérée le 20 décembre 1922, sortie le 10 janvier 1923.

Revue 3 mois après, elle se déclare très satisfaite du résultat obtenu. Elle nous a écrit le 21 novembre 1923 : « Je suis heureuse de vous dire que je vais bien ».

OBSERVATION XIV

Mme B..., 77 ans. Un enfant à 37 ans, avec forceps, déchirure du périnée. Ménopause à 50 ans. Vient pour un prolapsus qui semble dater d'un an et le col est apparu à la vulve, que la malade maintient avec une serviette. Depuis 3 semaines environ, le prolapsus a augmenté. La malade ne pouvant plus le réduire, vient à la consultation.

A l'examen : prolapsus total (cystocèle et rectocèle), le col utérin apparaît à la vulve d'une longueur de 6 centimètres. 10 janvier 1923, sortie le 5 février. Revue 3 mois après, elle se déclare très satisfaite du résultat obtenu. Elle nous a écrit le 20 novembre : « J'ai été opérée fin janvier par M. Cotte et fin février je ne me ressentais plus de mon opération ».

OBSERVATION XV

Mme P..., née V..., 72 ans. Mariée à 21 ans, 4 enfants. Tous les accouchements normaux. Ménopause à 37 ans. Il y a un an que la malade a remarqué un prolapsus. A l'entrée, prolapsus total (cystocèle et rectocèle), col avalé, réduction, tamponnement avec mèche au thygénol. Grand lavage vaginal. Ulcération du col, gros disque d'albumine. Opérée le 25 janvier 1923, sortie le 14 février. Revue 3 mois après, elle se déclare très satisfaite des résultats obtenus.

OBSERVATION XVI

Mme N..., née B..., 68 ans. 12 enfants, 3 fausses couches. Vient nous trouver parce qu'elle était dans l'impossibilité de marcher, à chaque pas l'utérus descend entre les jambes. A l'examen : utérus en prolapsus complet. Opérée le 24 mai, sortie le 15 juin. Revue le 3 décembre, la malade dit qu'elle va bien. Elle a pu reprendre son travail et s'occuper de son

ménage. Par les 2 orifices vaginaux, il s'écoule un peu de pus qui provient sans doute des érosions du col non encore cicatrisé, la malade n'ayant pris aucun soin de propreté. L'injection par l'un des canaux sort de l'autre côté très facilement, ce qui va permettre de faire quelques lavages.

OBSERVATION XVII

Mme N., née R., 72 ans. 3 enfants. Accouchements normaux. Le début de l'affection date de plusieurs années. La malade souffre de douleurs lombaires très violentes. A la suite de quinte de toux, elle a senti une tumeur entre les cuisses. A l'entrée, prolapsus réductible, cystocèle plus marqué que rectocèle. Opérée le 19 juin 1923, sortie le 8 juillet. Revue, va bien.

OBSERVATION XVIII

Mme C., 65 ans. 4 accouchements, le premier normal, le quatrième avec présentation du siège. Le début de l'affection date d'il y a 4 à 5 mois, la malade ressentait des douleurs dans la région lombaire et souffrait d'envie fréquente d'uriner. A l'examen, grande poche constituée au dépend de la paroi vaginale. Chute de l'utérus qui présente autour de l'entrée du col quelques ulcérations. Opérée le 9 juillet 1923, sortie le 3 août.

Se porte bien depuis.

OBSERVATION XIX

Mme G..., 72 ans. 7 enfants. Le début de l'affection a commencé il y a 11 ans, avec petite tumeur entre les cuisses. Elle porte des pessaires successifs qu'elle garde pendant 2 ans et le dernier amène des ulcérations vaginales avec des pertes rouges. A l'examen, prolapsus complet. Opérée le 4 août 1923, sortie le 23 août.

Lui ai rendu visite. Va très bien.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les interventions dirigées contre le prolapsus des vieilles femmes, deux méritent surtout de retenir l'attention des chirurgiens :

La colpectomie totale de Müller ;

Le cloisonnement du vagin élargi, modification de l'opération de Le Fort.

Les colpoperinéorraphies, l'interposition de l'utérus à la manière de Wertheim-Schauta, la triple opération à la française sont, le plus souvent, contre-indiquées, non seulement en raison de l'état général des malades, qui ne supporteraient pas une longue intervention, mais aussi en raison de la mauvaise qualité des tissus qui pourrait être une cause d'échec.

II. — Au point de vue technique, l'opération de Le Fort est indubitablement plus simple, plus facile que l'opération de Müller, qui paraît bien difficile à faire sans enlever l'utérus. Dans l'opération de Le Fort, en effet, il reste, après la cicatrisation, deux petits conduits latéraux qui peuvent laisser échapper les sécrétions de l'utérus, au cas où des altérations pathologiques secondaires se développeraient sur lui.

L'opération de Müller, avec hystérectomie, doit être réservée aux cas de prolapsus irréductibles ou à ceux dans lesquels il y a une lésion pathologique de l'utérus qui nécessite une ablation.

III. — Certains chirurgiens ont fait le cloisonnement du vagin à l'anesthésie locale ; la plupart préfèrent la rachi-anesthésie basse.

Pour que la guérison soit durable, il faut faire l'avivement aussi large que possible sur les parois antérieure et postérieure du vagin ; il est bon, en outre, de reconstituer le plancher périnéal par quelques points de suture complémentaires, de façon à supprimer en même temps la béance de la vulve.

IV. — Ainsi pratiquée, l'opération de Le Fort est susceptible de donner des résultats immédiats ou éloignés très satisfaisants. Elle supprime une infirmité souvent fort pénible et permet aux malades de vaquer à leurs occupations. Elle prévient les ulcérations et les accidents infectieux qui se produisent tôt ou tard sur le prolapsus où l'utérus reste complètement au dehors du vagin.

Elle dispense enfin les malades du port du pessaire et autres appareils souvent encombrants auxquels elles sont obligées de recourir pour maintenir leur prolapsus.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu :

VILLARD

LE DOYEN,

Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Novembre 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

ANDRÉ (M.). — Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Le Fort (cloisonnement du vagin). *Thèse de Paris*, 1888-1889.

BÉGOUIN (M.). — Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux. *Trente-deuxième Congrès français de Chirurgie*, du 8 au 13 octobre 1923, Paris.

BRUNEL (L.-F.). — Du traitement de la chute de la matrice par le cloisonnement du vagin (procédé de Léon Le Fort). *Thèse de Paris*, 1882-1883.

CHAVANNAZ (G.). — Cloisonnement du vagin chez deux femmes âgées atteintes de prolapsus utérin. *Gaz. hebdom. des Sciences médicales de Bordeaux*, 1897.

— Du cloisonnement du vagin dans le prolapsus utérin complet chez les femmes âgées. *Assoc. française de Chirurg. de Paris*, 1909.

COTTE et CREYSSEL. — Traitement du prolapsus génital des vieilles femmes par le cloisonnement du vagin. Opération de Le Fort. *Journ. de Chirurgie*, 2 août 1922.

— A propos de l'opération de Le Fort dans le traitement du prolapsus des femmes âgées. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 19 juin 1923, Paris.

— *Soc. de Chir. de Lyon*, 1923.

COMBIER et MURARD. — (Rapport de M. Chifoliau.) Le cloisonnement du vagin comme traitement des prolapsus génitaux. Huit observations. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurg.*, 22 mai 1923, Paris.

DONAY (E.). — Prolapsus génital sénile. *Gynéc. et Obstétrique*, 1920.

DUBOIS (V.). — De la guérison du prolapsus utérin par le cloisonnement du vagin. *Journ. de méd., chir. et phos.*, 1885, Bruxelles.

BRUGBEUR. — Utérus sénile en prolapsus. *Echo médical du Nord*, 1906, Lille.

DUBROUL (A.). — Chute de l'utérus, cloisonnement du vagin par le procédé de Léon Le Fort. *Gaz. hebd. de science méd.*, 1891, Montpellier.

DUPLAY et CHAPUT. — Etudes sur les prolapsus génitaux. *Arch. gén. de médecine*, Paris, 1889.

DUPLAY (S.). — Quelques mots sur le diagnostic, la pathogénie et le traitement des prolapsus génitaux. *Union méd.* Paris, 1895.

EUSTACHE (G.). — Traitement de la chute de matricé par le cloisonnement du vagin ; modifications du procédé du professeur Le Fort. *Arch. de Soc.*, 1882, Paris.

FAUCON (A.). — Traitement de la chute de l'utérus (amputation du col de la matrice par thermocautère, combiné avec le cloisonnement du vagin, selon le procédé du professeur Le Fort. *Journ. de sc. méd.* 1881, Lille.

FIESCO (M.-A.). — Frosamento del prolapsus uterino par la elitronafica, procedimiento de Le Fort. *Rev. argent. de sc. med.*, 1884-1885, Buenos-Ayres.

HUC. — Cloisonnement du vagin par la méthode du professeur Léon Le Fort pour la cure de la chute de l'utérus. *Ann. de Gyn.*, 1882, Paris.

HICQUET. — Trois observations de malades atteintes de prolapsus utérin, traitées par le procédé du professeur Léon Le Fort. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1879.

HARTMANN. — Symptômes, diagnostic et traitements des prolapsus génitaux. *Gyn. et Obst.* Paris, 1921.

— Pathogénie, étiologie et anatomie pathologique des prolapsus génitaux. *Gyn. et Obst.* Paris, 1921.

JANIN. — Prolapsus utérin ; suture du vagin ; procédé de Le Fort. *Revue méd., chir. des maladies de femmes*, 1883, Paris.

FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — *Traité de Gyn. médico-chir.* 3^e édit., 1923.

LE FORT. — Chute de la matrice, traitement par le cloisonnement du vagin, *Praticien de Paris*, 1883.

— Nouveau procédé pour la guérison du prolapsus utérin. *Bull et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1877.

SEGUINARD (N.-F.). — Du cloisonnement du vagin dans la chute de la matrice. *Thèse de Bordeaux*, 1886-1887.

SAVARIAUD (M.). — Etude critique des interventions pratiques contre les prolapsus génitaux. *Trente-deuxième Congrès français de Chir.* du 8 au 13 octobre 1923, Paris.

— L'opération de Muller pour prolapsus ou colpectomie totale avec conservation de l'utérus. *Ann. de Gyn. et Obst.* Paris, 1906.

RICHELOT (L.-G.). — Sur le traitement des prolapsus génitaux. *Assoc. fr. de Chir.* Paris, 1896.

— Traitement chirurgical du prolapsus utérin. *Rev. Obst. et Gyn.*, Paris, 1894.

VILLETTE. — Prolapsus utérin, amputation du col (opération du professeur Le Fort), périnéorrhaphie et suture des grandes lèvres. *Bull. med. du Nord.* 1891.-Lille.

VULIETE et LUTAUD. — Traitement chirurgical du prolapsus de l'utérus et du vagin ; périnéorrhaphie ; colpopéri-norrhaphie. *Gaz. de Gyn.* 1891, Paris.

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	7
Chapitre premier. — Historique	9
Chapitre II. — Technique opératoire; soins pré- opératoires	17
Chapitre III. — Résultats	27
Chapitre IV. — Indications opératoires	30
Observations	35
Conclusions	43
Bibliographie	45
